



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

EDUARDO MATHEUS DE OLIVEIRA TÁVORA

DEPENDÊNCIA MEDICAMENTOSA A ANSIOLÍTICOS E ANTIDEPRESSIVOS:
INTERVENÇÃO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

FORTALEZA

2018

EDUARDO MATHEUS DE OLIVEIRA TÁVORA

**DEPENDÊNCIA MEDICAMENTOSA A ANSIOLÍTICOS E ANTIDEPRESSIVOS:
INTERVENÇÃO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Prof^ª. Ma. Iarlla Silva Ferreira

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

T237d Távora, Eduardo Matheus de Oliveira.
DEPENDÊNCIA MEDICAMENTOSA A ANSIOLÍTICOS E ANTIDEPRESSIVOS: INTERVENÇÃO
EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / Eduardo Matheus de Oliveira Távora. – 2018.
28 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de
Medicina, Especialização NUTEDS - Saúde da família, Fortaleza, 2018.
Orientação: Prof. Me. Iarlla Silva Ferreira.

1. Saúde Mental. 2. Psicotrópicos. 3. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

CDD 362.1

EDUARDO MATHEUS DE OLIVEIRA TÁVORA

**DEPENDÊNCIA MEDICAMENTOSA A ANSIOLÍTICOS E ANTIDEPRESSIVOS:
INTERVENÇÃO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Ma. Iarlla Silva Ferreira.
Universidade Federal do Ceará

Prof^a. Ma. Maria Amanda Correia Lima
Universidade Federal do Ceará

Prof^a. Ma. Thaissa Pinto de Melo.
Universidade Federal do Ceará

RESUMO

Foi observado durante o dia-a-dia de trabalho na estratégia saúde da família na unidade básica em saúde São Francisco, na zona rural do município de Pedra Branca – Ce, uma grande procura de pacientes para renovação indiscriminada de medicações psicotrópicas. O presente trabalho trata-se de uma pesquisa-ação cujo objetivo é propor um plano de intervenção a ser aplicado na unidade de saúde em questão para reduzir a dependência medicamentosa e organizar o fluxo para um melhor atendimento dos usuários adscritos a esta área. Primeiramente seriam realizadas a análise de prontuários para identificar os pacientes ativos da Unidade Básica de Saúde - UBS (aqueles com prontuários ativos na unidade que fazem uso de medicação psicotrópica) e, através da busca ativa dos mesmos pela equipe de saúde da família (principalmente pelos agentes comunitários de saúde), seriam marcadas consultas individuais para compreender as subjetividades de cada e se classificada como transtornos mentais comuns (TMC) ou transtornos mentais graves ou crônicos, cujo tratamento seria acompanhado por equipe especializada, e avaliar adesão ou não à proposta terapêutica. Os pacientes que aceitarem participar do plano de intervenção iriam participar de grupos inicialmente de esclarecimento das principais enfermidades classificadas como TMC e posteriormente de grupos de atividades manuais (artesanato ou plantação de hortaliças) intercaladas com discussão de experiências. Este projeto de intervenção, após aplicação experimental, coleta e análise de resultados, caso se comprove eficiente, deve ser implementado de maneira permanente na UBS São Francisco.

Palavras-chave: Saúde Mental. Psicotrópicos. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

It has been observed at the daily working strategy of health *Saúde da Família* - Family Health - at the Health Care Unit São Francisco, at the rural area of the municipality of Pedra Branca – state of Ceará, great demand of patients for indiscriminate renovation of psychotropic medications. This present study has to do with an action research to which goal is to propose an intervention plan to be implemented at said care unit in order to reduce medication dependency and to organize a flow for the care of users in this area. Primarily, there would be realized the analysis of charts in order to identify the active patients of the Health Care Unit HCU/UBS (those with active charts at the unit that make use of psychotropic medication) and, through the active search of the patients by the *Saúde da Família* team (mainly by community agents of health). There would be scheduled individual appointments as to understand the subjectivities of each individual, and if classified as common mental disorders (CMT) or severe of chronic mental disorders, whose treatment would be accompanied by specialized team, and to evaluate admission or not to the proposed therapy. The patients who accept to participate in the plan of intervention would initially take part in groups to clarify the main diseases classified as CMD and later to groups of manual activities (handicraft or vegetable plantation) interspersed with discussion of experiences. This interventionist project, after experimental application, collection and analysis of results, if proven efficient, must be implemented on a permanent level at the HCU/UBS São Francisco.

Key words: Mental health. Psychotropic. Primary Health Care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	5
2	PROBLEMA.....	6
3	JUSTIFICATIVA.....	7
4	OBJETIVOS.....	8
4.1	OBJETIVO GERAL.....	8
4.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	8
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	9
6	METODOLOGIA.....	13
7	CONCLUSÃO.....	16
	REFERÊNCIAS.....	17
	ANEXOS.....	20
	ANEXO A – CRONOGRAMA.....	20
	ANEXO B – GRUPO DE MEDICAÇÕES NEUROLÉPTICAS.....	21
	ANEXO C – GRUPO DE MEDICAMENTOS BENZODIAZEPÍNICOS.....	23
	ANEXO D – GRUPO DE MEDICAMENTOS ANTIDEPRESSIVOS.....	24
	ANEXO E – GRUPO DE MEDICAMENTOS ESTABILIZADORES DE HUMOR.....	25

1 INTRODUÇÃO

A medicalização indiscriminada está cada vez mais prevalente na sociedade moderna. A tentativa de suprimir sensações comuns do ser humano como angústias, tristezas ou até mesmos problemas do dia-a-dia vêm sendo cada vez mais procuradas pela população em geral. Devido aos avanços na área de farmacologia, novas medicações vêm sendo fornecidas para suprir essa crescente demanda por drogas ansiolíticas e antidepressivas, mas o uso indiscriminado das mesmas vem modificando a finalidade real do uso dessas medicações para tratamento de pessoas com adoecimento mental específicos (MARGARIDO, 2012).

O uso de medicação psicotrópica por usuários de baixa renda é bem maior do que a comparada com o uso dessas drogas pela população de maior renda. Nota-se uma maior prevalência ainda se compararmos aos usuários de baixa renda da zona rural. Evidenciou-se, então, uma intrínseca relação entre a baixa renda e o uso de psicotrópicos (SILVA; VIANA, 2015). Na população adscrita na zona rural de Pedra Branca notou-se comportamento semelhante.

A unidade de atenção básica de saúde (UBS) é considerada a principal porta de entrada de paciente com adoecimento mental leve a moderado (aqueles que não são necessários intervenção mais especializada como nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS) (BORGES; HEGADOREN; MIASSO, 2015), sendo necessário conhecimento e experiência do médico prescritor de medicações ansiolíticas e psicotrópicas para o correto uso e evitar abuso desses (AGUIAR et al, 2016).

O presente trabalho visa a elaboração de estratégias que melhor acompanhem os usuários com adoecimento mental e reduzir a dependência dos mesmos por medicamentos ansiolíticos e antidepressivos.

2 PROBLEMA

Uma alta prevalência da dependência medicamentosa a ansiolítico e antidepressivos em população de baixa renda da zona rural do município de Pedra Branca – Ceará.

3 JUSTIFICATIVA

O uso desenfreado de psicofármacos vem provocando, além do uso abusivo desses problemas de saúde pública, como aumento de intoxicações medicamentosas e aumento de mortes por intoxicação exógena (AGUIAR et al, 2016). Há a necessidade de garantir acesso a essas medicações, mas de acordo com protocolos de tratamentos previamente aprovados a serem empregados por profissionais treinados nas UBS (ROCHA; WERLANG, 2012).

Durante experiência de trabalho na UBS São Francisco, localizado na zona rural do município de Pedra Branca, foi notado grande prevalência de pacientes que procuravam a unidade para renovação de medicamentos psicotrópicos e que não eram acompanhados devidamente acerca de seus estados de adoecimento mental.

Foi notado, então, a necessidade de incrementar estratégias para reduzir a dependência medicamentosa a psicotrópicos dos usuários dessa UBS sem que haja um decréscimo da população-alvo adscrita já acompanhada pela unidade.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Desenvolver estratégias para reduzir a dependência medicamentosa a psicotrópicos dos usuários de uma Estratégia Saúde da Família da zona rural do município de Pedra Branca.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Melhorar a abordagem aos usuários com adoecimento psíquico;
- Realizar a triagem de pacientes que necessitam de ajuda psicotrópica no tratamento de seu adoecimento;
- Orientar e iniciar o desmame medicamentoso aos usuários que não necessitem de intervenção psicotrópica;
- Implementar cuidado conjunto com a equipe multidisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial para os usuários com transtornos agudizados, graves ou crônicos.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) a área de Saúde Mental constitui uma das principais prioridades no âmbito da Saúde Pública, tanto pelo seu envolvimento direto com os serviços de saúde da assistência primária, quanto pela questão epidemiológica, que vem se agravando com o passar dos anos de maneira considerável na atenção primária à saúde. Segundo Wenceslau e Ortega (2015), nos últimos 20 anos os transtornos mentais e comportamentais corresponderam a aproximadamente 25% de todos os anos perdidos por incapacidade no mundo. No mesmo período, os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade que possam ser atribuídas a transtornos mentais, neurológicos e de abuso de substâncias aumentaram 38%, acarretando 7,4% da carga mundial de problemas de saúde.

A OMS estima que até 2020, a segunda maior causa de incapacidade, seja a depressão, que perderá apenas para doenças isquêmicas cardíacas. A doença mental tem 75% da sua carga global concentrada em países de baixa e média renda, como é o caso do Brasil (WENCESLAU; ORTEGA, 2015). Os transtornos mentais e comportamentais são universais, acometendo pessoas de todos os países, idade, sexo ou situação financeira (OMS, 2011). A Figura 1 mostra os principais fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais.

Figura 1 - Principais fatores de risco para transtornos mentais de acordo com a linha de vida de um indivíduo.



Fonte: Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental (2011).

As atuais políticas públicas em saúde mental no Brasil preconizam que pessoas com transtornos mentais sejam acompanhadas na atenção básica à saúde, mas também em unidades especializadas e em outros instrumentos da rede de apoio (escolas e igrejas, por exemplo), cujo conjunto constitui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

“A Atenção Básica caracteriza-se como porta de entrada preferencial do SUS, formando um conjunto de ações de Saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” (BRASIL, página 19, 2013).

Compondo um dos cenários da rede de atenção psicossocial e conseqüentemente do cuidado em saúde mental, a atenção primária tem relevância significativa para a resolubilidade do cuidado e para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, uma vez que suas estratégias devem evitar práticas que levem à psiquiatrização e/ou à descontinuidade do atendimento. A atenção primária deve, ainda, facilitar o planejamento das ações no território, promovendo equidade e acesso aos serviços de saúde (BEZERRA et al, 2014). As intervenções a serem executadas pela equipe de estratégia de saúde da família (ESF) são concebidas a partir da percepção da realidade do dia a dia do território, considerando as singularidades dos pacientes, seus ciclos de vida e de suas comunidades. Percebe-se, assim, a importância de uma ação estruturada, consistente e organizada na atenção primária, devido ao poder de impacto na vida da população (BRASIL, 2013).

À atenção primária, a priori, compete o manejo dos transtornos mentais comuns (TMC) e sofrimento difuso, por serem considerados menos graves. Valla (2001) definiu como sofrimento difuso uma situação muito frequente nas consultas na atenção primária, que é a existência de queixas somáticas inespecíficas, tais como dores de cabeça e no corpo, insônia, nervosismo, pirose, epigastria e estados de mal-estar não classificáveis nos diagnósticos médicos generalistas ou psiquiátricos. Destacando ainda que relações sociais, familiares, laborativas ou econômicas podem ser o cerne do problema (FONSECA, GUIMARAES, VASCONCELOS, 2008).

“Os índices de Transtornos Mentais Comuns (TMC) no contexto da ESF são prevalentes, variando entre 38 e 56%. Nos anos 1990, um estudo multicêntrico da OMS identificou para o Rio de Janeiro que 46% dos usuários apresentavam TMC e 38% apresentavam pelo menos um diagnóstico psiquiátrico, sendo os principais deles transtorno de ansiedade generalizada, episódio depressivo e transtorno de somatização. Tavares et al., em pesquisa realizada na ESF, verificaram que a taxa de atendimentos a usuários com queixas de saúde mental foi de 19,48%. Destes, 43%

apresentaram sofrimento psíquico, 34,7% apresentaram transtorno mental grave e 19,5% transtorno mental comum leve/moderado.” (ARAGÃO et al, página 2, 2018).

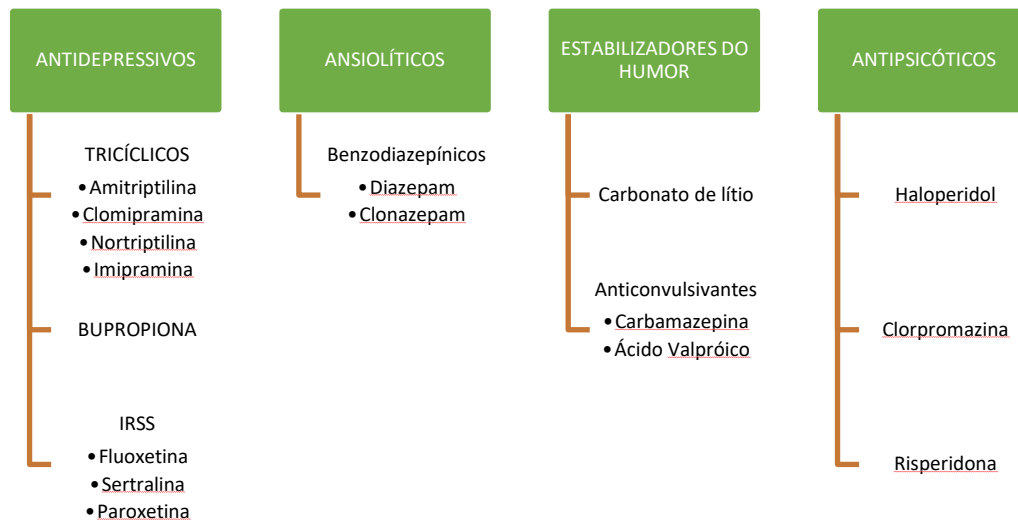
Os transtornos mentais afetam diretamente a qualidade de vida de milhões de pessoas, além de ter grande impacto econômico, uma vez que diminui os anos de vida produtiva, conforme já fora explicado anteriormente (CHIAVERINI, et al, 2011). Os transtornos mentais comuns (TMC) agrupam entidades psicológicas/psiquiátricas como a ansiedade, depressão, fobia social, insônia. Dentre esses, a depressão é o distúrbio mais prevalente (ARAGÃO, 2018).

Chiaverini et al (2011) apontam o uso abusivo de benzodiazepínicos e o uso inadequado de antidepressivos e que são provocados, em parte, pelo uso inadequado dos psicotrópicos por não especialistas em saúde mental, como o caso da maioria dos médicos que atendem na atenção primária. Há de se ratificar a importância de instituir terapêutica apenas quando se identifica a existência de um transtorno mental.

No âmbito da atenção primária, as situações mais comuns identificadas em saúde mental incluem: transtornos mentais comuns, transtornos mentais graves (psicóticos, afetivos graves, espectro impulsivo-compulsivo e de personalidade), alcoolismo e outras drogadições, suicídio, problemas do sono, demências, problemas da infância e da adolescência, problemas comuns na família. Portanto, os profissionais de saúde devem estar aptos a identificar essas situações e tratar adequadamente as que lhes cabem e referenciar corretamente as que mereçam manejo terapêutico especializado (CHIAVERINI et al, 2011).

Para o tratamento farmacológico das principais condições em saúde mental há uma lista de medicamentos a serem utilizados e cuja maioria está disponível para a população, conforme o RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) (CHIAVERINI, et al, 2011). Essas medicações estão apresentadas na Figura 2.

Figura 2 - Tabela das principais medicações utilizadas em saúde mental.



Fonte: Próprio autor.

Os medicamentos e suas doses estão especificados nos anexos B, C, D e E. Os benzodiazepínicos podem ser medicações apropriadas, conforme indicações específicas, no entanto, sua prescrição deve ser acompanhada de um seguimento regular deste paciente, uma vez que causam dependência química. Logo, benzodiazepínicos, podem ser utilizados, mas de forma adequada e em alinhamento com um apoio psicossocial que auxilie o paciente a superar o problema, pois a medicação não elimina os fatores que agravam a ansiedade. Os antidepressivos geralmente necessitam de aproximadamente três semanas para obter o efeito esperado, com a dose utilizada. A manutenção do tratamento pode ser de seis meses a um ano após o paciente estar assintomático, se em caso de primeiro episódio depressivo. O uso inadequado de antidepressivos, geralmente em subdoses e por tempo insuficiente faz com que a atenção prestada ao paciente se limite à prescrição de receitas e à ausência ou discreta melhora dos sintomas (CHIAVERINI, et al, 2011).

6 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa-ação na qual o pesquisador está envolvido na identificação do problema e participa ativamente na resolução do mesmo. É um tipo de pesquisa que se aplica no meio social, identificando o problema e confeccionando uma solução juntamente com o meio social (população) (TRIPP, 2005).

A proposta de intervenção é prevenir e tratar a dependência medicamentosa a psicotrópicos dos pacientes adscritos à unidade de saúde, principalmente dos pacientes com o diagnóstico de transtornos mentais comuns (TMC) e, em conjunto com o CAPS 1 de Pedra Branca, dar continuidade ao acompanhamento dos casos de transtorno mentais graves e/ou crônicos que necessitam de um acompanhamento mais especializado.

A UBS São Francisco possui atualmente 2.540 pessoas cadastradas e que possuem prontuário na unidade, distribuídas em dez microáreas, em que cada uma é responsabilidade de agente comunitário de saúde (ACS). Desta população, 127 (5%) fazem uso de alguma medicação psicotrópica. Os prontuários da unidade foram revisados e organizados em pacientes com TMC e pacientes com transtornos mentais graves e/ou crônicos, em seguida foi realizada uma busca ativa da população com TMC em cada microárea pelos ACS e agendadas consultas individuais, no consultório, ou visitas domiciliares, para aqueles com alguma dificuldade de mobilização dentro da localidade em que mora. Das 127 pessoas que fazem uso de alguma medicação psicotrópica, 95 (74,8%) são pacientes com o diagnóstico de TMC. Destes, 55 (57,8%) não realizavam o devido acompanhamento na unidade, buscando apenas a renovação de receitas (Figura 3).

A proposta de intervenção inclui consultas individuais e de grupos com a população-alvo, a serem realizadas quinzenalmente, de forma intercalada. Durante os primeiros cinco meses seriam realizados a revisão de prontuários e as consultas individuais iniciais para compreender as demandas de cada paciente e reclassifica-los como portadores de TMC ou de transtorno mental grave e/ou crônico. Posteriormente, seriam organizados os grupos e as consultas individuais intercaladas (com os pacientes que aderiram à proposta) (Figura 3).

A análise de prontuários ocorreria nos primeiros dois meses da estratégia, focando os pacientes que fazem uso de psicotrópicos e estão com prontuários ativos na UBS. As consultas individuais iniciais ocorreriam após a fase de análise de prontuários nos três meses seguintes e teriam duração de 20 a 30 minutos (análise subjetiva podendo ser estendida de acordo com a individualidade de cada paciente e sua consequente problemática) num total de

10 consultas a serem realizadas nas quinta-feiras e seriam marcadas ou quando o paciente procura a UBS para renovação de medicação psicotrópica de forma avulsa ou através de pesquisa ativa de pacientes pelos agentes de saúde, de acordo com sua microárea, de pacientes que usam qualquer medicação psicotrópica e com histórico de pouca procura à Unidade (informação obtida após a fase de análise de prontuários ativos da UBS) (Figura 3).

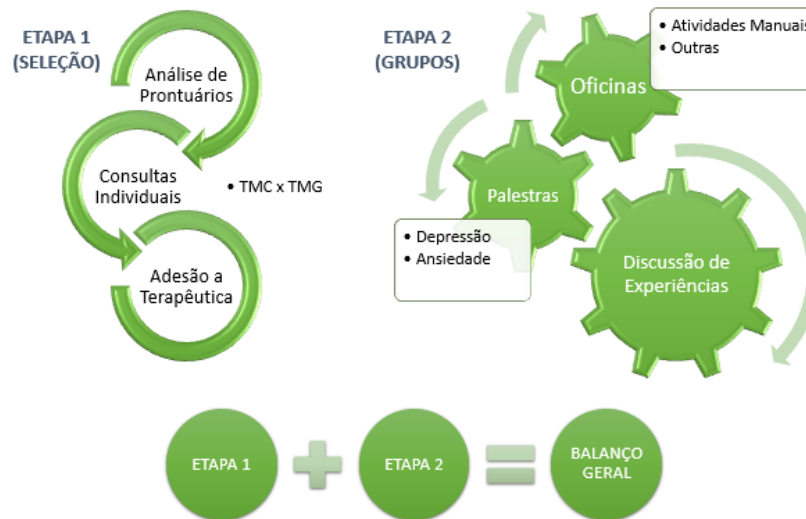
Atualmente, o plano de intervenção está na fase de consultas individuais iniciais. A aplicação das mesmas foi iniciada na primeira semana de maio e tem previsão de término para a última semana de setembro de 2018. Nessas consultas estão sendo abordados a necessidade de acompanhamento continuado com o médico da Estratégia Saúde da Família e também o controle do uso crônico de medicação psicotrópica (principalmente benzodiazepínicos), além de conhecer os pacientes com transtorno mental grave e/ou crônicos da unidade e, caso ainda não estejam com o devido acompanhamento, encaminhá-los para atendimento também com serviço especializado (CAPS 1 de Pedra Branca).

Os grupos iriam ocorrer após a fase de análise de prontuários e consultas individuais iniciais com os pacientes que aderiram à proposta de intervenção. Iniciaríamos na primeira quinta-feira depois do fim da primeira fase acima citada e ocorreria no período da manhã na UBS São Francisco com duração de 2 a 3 horas com no máximo 20 pessoas, devido espaço físico da UBS. Eles seriam supervisionados inicialmente pelo enfermeiro e médico da unidade e por profissional indicado pelo CAPS 1 de Pedra Branca (psicólogo e/ou terapeuta ocupacional) e iria ser discutido temas como ansiedade e depressão, como também outros assuntos propostos durante as reuniões do grupo por seus participantes (Figura 3).

De forma intercalada aos grupos iriam ocorrer consultas individuais com os pacientes que aderiram à proposta com duração também de 20 a 30 min nas quinta-feiras subsequentes aos grupos com no máximo 10 consultas diárias. Seriam avaliadas manutenção de medicação ou modificação terapêutica dos pacientes TMCs e registrados melhora ou piora do quadro de transtorno mental do qual o paciente está sendo acompanhado. A partir de então, iriam ocorrer de forma alternada os encontros para discussão e oficinas de atividades manuais (como atividades de artesanato ou plantação de hortaliças em região próxima à ESF) para o público-alvo na UBS quinzenalmente (vide Anexo A – Cronograma) (Figura 3).

Para aumentar a adesão à proposta terapêutica, a renovação de medicação de controle especial foi atrelada a necessidade de avaliação com o médico da unidade nas quintas-feiras por meio do agendamento.

Figura 3 - Tabela das principais medicações utilizadas em saúde mental.



Fonte: Próprio autor.

Quanto aos recursos necessários, até o momento foram utilizados recursos financeiros cedidos pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Pedra Branca. Seriam necessários para realização dos grupos um aparelho de data-show, vinte cadeiras de plástico, duas resmas de papel A4, dez canetas esferográficas azuis, dez lápis grafite, cartolinas de cores diversas e cinco tesouras de papel.

Os recursos humanos utilizados foram os funcionários da UBS São Francisco: médico, enfermeira, três técnicos de enfermagem e dez ACS. Os ACS foram responsáveis por realizar a busca ativa dos pacientes e de avisar, após início dos grupos, quando irão ocorrer as reuniões (dia e horário). Os técnicos de enfermagem ajudavam no agendamento das consultas individuais e, durante as reuniões, na logística e organização das mesmas.

A enfermeira e o médico serão responsáveis pela coordenação dos grupos e por conduzir os temas selecionados e de conduzir a reunião. O profissional médico é responsável por realizar as consultas individuais com cada paciente que faz uso de medicação de controle especial, avaliar seu uso, estimular o desmame medicamentoso, quando necessário, avaliar a clínica do paciente, investigar problemas orgânicos relacionados (problemas metabólicos, hipertensão, diabéticos ou disfunções tireoidianas, por exemplo). Embora cada profissional tenha sua atribuição específica, todos devem estar aptos a realizar o acolhimento do paciente.

7 CONCLUSÃO

A proposta de intervenção foi pensada para tentar reduzir a medicalização desenfreada a psicotrópicos encontradas na UBS São Francisco de pacientes sem a necessidade clínica para sua utilização. Foi notado durante período de consultas individuais que grande parte dos pacientes faziam uso crônico de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos, principalmente da classe de benzodiazepínicos (alguns até há mais de cinco anos), aparentemente sem controle pela unidade de saúde.

Durante a fase de busca ativa de pacientes, foi encontrada resistência por parte de alguns profissionais que compõem a equipe da UBS, ocasionando atrasos nos agendamentos e nas posteriores análises clínicas durante a fase de consultas individuais iniciais. O maior entrave foi a busca ativa dos pacientes por parte de alguns agentes de saúde.

Foi realizada, durante as reuniões de equipe, a explanação da necessidade de controle de saída de medicação para o público de saúde mental adscrito na unidade de saúde e, assim, melhor realizar um acompanhamento para essa população.

A primeira medida tomada foi a confecção de um livro com todos os pacientes ativos que fazem uso de quaisquer medicações de controle especial, independente se classificados como TMCs ou como transtornos mentais graves e/ou crônicos, processo realizado concomitantemente com a análise de prontuários pelas agentes de saúde da ESF São Francisco. Após a confecção do livro de controle de prescrição de psicotrópicos e a análise de prontuários, a fase de consultas individuais iniciais seguiu sem muita dificuldade, atualmente está sendo concluída essa fase.

A intervenção foi pensada para agir no público que fazia uso de medicação psicotrópica sem a necessidade clínica de seu uso e, após aplicação experimental, coleta e análise de resultados, caso se comprove eficiente, deve ser implementado de maneira permanente na UBS São Francisco.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, C. A. A; et al. Ansiolíticos e antidepressivos dispensados na Atenção Básica: análise de custos e interações medicamentosas. **J. Bras. Econ. Saúde**, v. 2, n. 8, p.99-107, 2016.

ARAGÃO, E. I. S.; et al. Padrões de Apoio Social na Atenção Primária à Saúde: diferenças entre ter doenças físicas ou transtornos mentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p.2339-2350, 2018.

BEZERRA, I. C.; et al. "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 48, p.61-74, 2014.

BORGES, T. L.; HEGADOREN, K. M; MIASSO, A. I.. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidade básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. **Ver. Panam. Salud Publica**, v. 3, n 38, p. 195-201, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

COSTA, T. S.; et al. INTENSIDADE E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente**, v. 5, n. 3, p.47-56, 2017.

DARÉ, P. K.; CAPONI, S. N.. Cuidado ao indivíduo com depressão na atenção primária em saúde. **Ecos: Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 7, n. 1, p.12-24, 2016.

FIRMINO, K. F.; et al. Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 6, n. 27, p.1223-1232, 2011.

FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS, E. M.. SOFRIMENTO DIFUSO E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA. **Rev. Aps**, v. 11, n. 3, p.285-294, 2008.

Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) ... [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.; 13x18 cm.

LUCCHESI, R.; et al. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cad. Saúde Pública**, v. 9, n. 25, p.2033-2042, 2009.

MARGARIDO, F. B.. A BANALIZAÇÃO DO USO DE ANSIOLÍTICOS E ANTIDEPRESSIVOS. **Encontro: Revista de Psicologia**, v. 15, n. 22, p.131-146, 2012.

NETTO, M. U. Q.; FREITAS, O.; PEREIRA, L. R. L.. Antidepressivos e Benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do SUS em Ribeirão Preto-SP. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, v. 1, n. 33, p.77-81, 2012.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B.. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, v. 10, n. 23, p.2375-2384, 2007.

ROCHA, B. S.; WERLANG, M. C.. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 18, p.3291-3300, 2012.

SILVA, A. N.; VIANA, G. F. S.. PREVALÊNCIA DO USO DE ANTIDEPRESSIVOS EM PACIENTES ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. **Integrart**, v. 1, n. 1, p.152-162, 2015.

TRIPP, D.. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p.443-466, 2005.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F.. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 55, p.1121-1132, 2015.

ANEXOS
ANEXO A - CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	SEMANAS (Maio a Novembro – 31 semanas no total)										
	01 a 07	08 a 22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Atividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Revisão de Prontuário	X										
Consultas Individuais ¹		X									
Palestra Ansiedade e Depressão			X								
Consultas Individuais ²				X							
Discussão de Experiências					X						
Consultas Individuais ²						X					
Oficinas Manuais							X				
Consultas Individuais								X			
Discussão de Experiências									X		
Consultas Individuais										X	
Balanco da Intervenção ³											X

¹Consultas individuais iniciais para conhecer população adscrita à UBS fazendo uso de alguma medicação psicotrópica;

²Consultas individuais com pacientes que aderiram à proposta terapêutica (em torno de 8 consultas);

³Balanco Geral da aplicação da intervenção.

ANEXO B – GRUPO DE MEDICAÇÕES NEUROLÉPTICAS

Neurolépticos				
Nome do Fármaco	Dose equivalente (mg)	Dose média (mg)	Faixa Terapêutica (mg/dia)	Observações
Baixa Potência				
Clorpromazina	100	250 – 600	50 – 1200	<ul style="list-style-type: none"> - Baixa potência. - Evitar uso em idosos e pessoas com epilepsia. - Sedativa. - Risco de hipotensão.
Levomepromazina	120	100 – 300	25 – 600	<ul style="list-style-type: none"> - Baixa potência. - Evitar o uso em idosos e pessoas com epilepsia. - Muito sedativa. - Risco de hipotensão.
Tioridazina	100	200 – 300	50 – 600	<ul style="list-style-type: none"> - Sedativa. - Ganho de peso importante.
Alta Potência				
Flufenazina	1 – 2	5 – 10	2,5 – 20	<ul style="list-style-type: none"> - Alta potência. - Atentar para efeitos motores. *Disponível também na formulação de depósito, aplicado a cada 2 semanas (Dose oral X 2,5= dose de depósito).
Haloperidol	2	5 – 10	2 – 20	<ul style="list-style-type: none"> - Alta potência. - Atentar para efeitos motores. *Disponível também na formulação de depósito, aplicado a cada 3 semanas (1 amp. IM/mês = 2,5 mg VO/dia).
Trifluoperazina	5	10 – 20	5 – 40	<ul style="list-style-type: none"> - Média potência. - Atentar para reações extrapiramidais.
Atípicos				
Risperidona	4 – 6	2 – 8		<ul style="list-style-type: none"> - Pode causar sintomas motores em doses mais elevadas. - Sedativa. - Poucos efeitos anticolinérgicos. - Boa escolha para crianças e idosos.
Olanzapina	10 – 20	5 – 20		<ul style="list-style-type: none"> - Sedativa. - Ganho de peso. - Alto custo.
Sulpirida	600 – 1000	200 – 1000		<ul style="list-style-type: none"> - Por vezes utilizada em associação a outros atípicos potencializando efeito

			antipsicótico.
Clozapina	300 – 450	200 – 500	- Risco de agranulocitose e convulsões. - Muito sedativa. Ganho de peso e sialorreia expressivos. - Necessidade de controle hematológico (semanalmente, nas primeiras 18 semanas, e mensalmente, após esse período).

Fonte: Brasil, 2013.

ANEXO C – GRUPO DE MEDICAMENTOS BENZODIAZEPÍNICOS

Benzodiazepínicos				
Nome do Fármaco	Meia-vida (h)	Faixa terapêutica	Dose Usual	Observações
Diazepam	30 – 100	2,5 – 30	10 mg	- Perfil ansiolítico / insônia terminal. - Em caso de prescrição IM, a absorção é lenta e variável.
Clordiazepóxido	30 – 100	5 – 75	25 mg	- Perfil ansiolítico / insônia terminal.
Lorazepam	6 – 20	0,5 – 6	2 mg	- Perfil intermediário. - Útil em pacientes com graus leves de insuficiência hepática (por ser eliminado por via renal).
Clonazepam	30 – 100	0,5 – 8	0,5 – 2 mg	- Perfil intermediário. - Por vezes utilizado no tratamento da epilepsia.
Bromazepam	8 – 19	1,5 – 20	3 mg	- Perfil indutor do sono.
Alprazolam	6 – 20	0,5 – 2,0	0,5 – 2 mg	- Perfil indutor do sono. - Útil em transtornos ansiosos, principalmente no transtorno do pânico.
Midazolam	1 – 5	7,5 – 30	15 mg	- Perfil indutor do sono. - Baixo desenvolvimento de tolerância. - Prescrição IM útil em agitação.

Fonte: Brasil, 2013.

ANEXO D – GRUPO DE MEDICAMENTOS ANTIDEPRESSIVOS

Antidepressivos			
Droga	Dose usual (mg)	Faixa terapêutica (mg)	Observações
Tricíclicos: Sempre iniciar o tratamento com 25 mg e aumentar 25 mg a cada 2 – 3 dias até atingir nível terapêutico.			
Amitriptilina	150 – 200	50 – 300	- Maior tendência à sedação e cardiotoxicidade. - Evitar em idosos. - Várias indicações na clínica médica (polineuropatia periférica, dor crônica etc.).
Clomipramina	150 – 200	50 – 300	- Boa indicação também para transtornos de ansiedade. - Usualmente doses menores são necessárias no transtorno do pânico e maiores no transtorno obsessivo-compulsivo.
Imipramina	150 – 200	50 – 300	- Observar interações medicamentosas
Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS)			
Citalopram	20	20 – 60	
Escitalopram	10	10 – 30	
Fluoxetina	20	5 – 80	- Meia-vida prolongada. - Observar interações medicamentosas.
Paroxetina	20	10 – 50	- Observar síndrome de retirada.
Sertralina	50 – 150	50 – 200	

Fonte: Brasil, 2013.

ANEXO E – GRUPO DE MEDICAMENTOS ESTABILIZADORES DE HUMOR

Estabilizadores de Humor		
Nome do fármaco	Doses médias	Observações
Carbonato de Lítio	900 – 2100	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciar com 300mg, 2 vezes ao dia, sendo possível aumentar no dia seguinte para 300mg, 3 vezes ao dia, aumentando mais conforme necessidade. - Após estabilização de dose oral, é possível utilizar dose total em uma única tomada, de acordo com tolerância. - Dosagem sérica: 0,6 a 0,8mEq/l em fase de manutenção; 0,8 a 1,2 mEq/l em fase aguda. - Deve ser medida após 5 dias de estabilização da dose oral. - Coletar sangue 12 horas após a última tomada.
Carbamazepina	400 – 1600	<p>Iniciar com 200 mg à noite e aumentar 200 mg a cada 2 dias para evitar efeitos colaterais</p> <p>Dosagem sérica: 8 - 12 µg/mL. Coletar sangue 12 horas após a última tomada</p> <p>Induz o próprio metabolismo, diminuindo sua meia-vida com uso crônico. É necessário rever dosagem periodicamente e, por vezes, dividir dose em até 3-4x/dia.</p>
Ácido Valpróico	750 – 1500	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciar com 200 mg à noite e aumentar 200 mg a cada 2 dias para evitar efeitos colaterais. - Dosagem sérica: 8 - 12 µg/mL. Coletar sangue 12 horas após a última tomada. - Induz o próprio metabolismo, diminuindo sua meia-vida com uso crônico. É necessário rever dosagem periodicamente e, por vezes, dividir dose em até 3-4x/dia.

Fonte: Brasil, 2013.